

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE **401** N°
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert DASSENCOURT

Né le 18 août 1905 à Audruicq (Pas-de-Calais)

**Du rôle de l'Infirmière Sociale
dans un service de Maternité**

Travail de la clinique Tarnier
M. le Professeur Brindeau

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS
E. DE BOCCARD, ÉDITEUR
1, Rue de Médicis, 1
1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0042

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert DASSENCOURT

Né le 18 août 1905 à Audruicq (Pas-de-Calais)

Du rôle de l'Infirmière Sociale dans un service de Maternité

Travail de la clinique Tarnier

M. le Professeur Brindeau

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

E. DE BOCCARD, ÉDITEUR

1, Rue de Médecis, 1

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER ... Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de profonde
affection et d'admiration fi-
liale.*

A MES SOEURS ET A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Hôpital Tarnier

*Qui a bien voulu inspirer
le sujet de cette thèse et nous
a fait le grand honneur de la
présider.*

*En témoignage de notre très
respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES ET AMIS
DANS LES HOPITAUX

AU DOCTEUR REILLY

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine

AU DOCTEUR PAUL LEFEVRE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis

INTRODUCTION

L'utilité de l'infirmière sociale dans le cadre de la Maternité s'est révélée impérieuse ces dernières années. Peu de publications ont été faites à ce sujet : nous nous inspirerons en particulier de ce qui a été réalisé par « l'Appui Maternel auprès de la Clinique de l'hôpital Tarnier » créé par le Professeur et Mme Brindeau en 1923, reconnu d'utilité publique par décret du 24 janvier 1926. Ils ont été parmi les promoteurs de ce mouvement en faveur des mères et des enfants.

Aussi remercions-nous M. le Professeur Brindeau, de nous avoir inspiré l'idée de ce travail et d'en avoir permis l'exécution ; et lui exprimons-nous notre admiration pour avoir contribué personnellement à l'œuvre sociale à l'hôpital, par l'organisation qu'il a étudiée et développée dans son service.

Le but de cette organisation est de lutter par tous les moyens contre la misère maternelle et contre la mortalité infantile.

Nous ne nous attarderons pas à la réprobation qui pèse sur les maternités irrégulières : une meilleure compréhension des devoirs de la société vis-à-vis de celles qu'elle condamnait sans pitié, s'est déjà manifestée largement. Mais il reste encore beaucoup à faire, de sorte que la présence de l'infirmière sociale dans une Maternité est devenue une nécessité absolue.

Cette infirmière, pour bien remplir son rôle, un rôle délicat et complexe, doit ajouter à une formation professionnelle approfondie, des qualités de compréhension et d'indulgence, qu'elle ne trouvera qu'en elle-même : la vocation d'infirmière sociale ne s'improvise pas.

Son rôle est important à toutes les périodes de la maternité. Nous l'envisagerons successivement :

- I. Pendant la grossesse.
- II. Pendant l'accouchement.
- III. Après l'accouchement.

I. Rôle de l'infirmière sociale pendant la grossesse.

Ce rôle est double :

- A. d'ordre social pur,
- B. d'ordre médico-social.

A. Rôle social pur.

C'est toujours avec appréhension que la future mère se fait inscrire à une consultation pré-natale : pudeur difficilement surmontée, incertitudes, craintes, angoisses parfois. Dans ces dispositions, elle sera très sensible au réconfort d'une présence et d'une sollicitude féminine. Dès son entrée à la consultation, elle sera mise en confiance par l'accueil sympathique de l'infirmière sociale.

Après quelques minutes d'entretien, celle-ci commencera la rédaction d'une fiche dont l'intérêt social et médical est de premier ordre. Sans tourner à l'interrogatoire, les questions posées fixeront immédiatement la situation sociale de la consultante : est-elle mariée, « en ménage », veuve, divorcée, ou seule, abandonnée du père de son enfant ?

Se présentent parfois des cas très compliqués (reconnaissance impossible d'enfant adultérin, par exemple), et qui nécessitent une consultation juridique.

Poursuivant son enquête, l'infirmière sociale apprendra la situation matérielle : la profession, les ressources, (gain actuel et secours éventuels), le logement, la composition de la famille et les possibilités qu'aura la mère d'élever elle-même son enfant.

Nous ne pouvons définir ici le rôle de l'infirmière

sociale : des facteurs trop nombreux posent pour chaque femme des problèmes différents. Nous nous en tiendrons à quelques cas particuliers :

la consultante est mariée et déjà mère de plusieurs enfants,

la consultante est seule, abandonnée.

La législation officielle prévoit pour l'une et pour l'autre, un certain nombre de secours. Après les avoir caractérisés, nous nous efforcerons de montrer les immenses secours qu'ils pourraient rendre au point de vue matériel s'ils étaient suffisants.

La situation sera également différente si la consultante bénéficie ou non des Assurances Sociales : celles-ci donnent des avantages qui ne peuvent pas se cumuler avec des secours officiels.

Exemple I. — Celui d'une consultante française déjà mère de trois enfants. Elle ne travaille pas. Son mari a un salaire juste suffisant pour nourrir sa famille.

Elle pourra bénéficier des secours suivants : Assistance aux femmes en couches (Loi de 1913) lui donnant droit à une allocation journalière de 7 fr. 50, quatre semaines avant et quatre semaines après l'accouchement.

Si elle nourrit son enfant elle aura droit aux primes d'allaitement, (loi de 1919 complétant celle de 1913).

Le montant de ces primes est de 45 fr. les six premiers mois, 15 fr. les mois suivants.

Elle touchera également une prime à la natalité, (lois de 1920 et 1921), qui va de 350 à 500 fr., à partir du troisième enfant.

De même l'Assistance aux familles nombreuses (loi de 1913) donne 50 fr. par mois à partir du quatrième enfant.

Si la famille est logée dans de mauvaises conditions hygiéniques, l'infirmière sociale pourra lui conseiller une demande de logement dans les Habitations à bon marché de la Ville de Paris. Au besoin, elle fera elle-même les démarches nécessaires et s'emploiera à les faire aboutir rapidement, ce qui est l'exception. Un effort considérable a été fait dans ce domaine par les pouvoirs publics ; cependant on ne peut être satisfait ni du nombre de ces constructions ni de leur aménagement intérieur : les plus grands logements comprennent au maximum trois pièces ce qui est nettement insuffisant pour une famille nombreuse. Si les habitations à bon marché étaient mieux comprises et plus nombreuses, plus confortables, elles constitueraient une excellente école d'éducation familiale et de redressement moral.

Exemple II. — La femme travaille et est assurée sociale.

Les lois de 1928 sur les Assurances Sociales ont donné des avantages certains en cas de maternité. L'assurée sociale doit suspendre son travail six semaines avant la date prévue pour son accouchement et ne le reprendra que six semaines après : pendant ces douze semaines, elle touchera son demi-salaire. Si elle allaite, le taux des primes est supérieur à celui que prévoit la loi de 1919.

soit : 150 fr. les quatre premiers mois,

100 fr. les deux premiers mois suivants,

90 fr. les trois derniers.

Les lois sur les Assurances Sociales ont marqué un réel progrès en liant le secours d'assistance à une participation de prévoyance de la part de l'assurée. Le temps de repos prévu et les sommes versées sont mieux en rapport avec les besoins physiologiques et matériels de la femme.

Exemple III. — Prenons enfin le cas de la femme abandonnée par le père de son enfant.

Elle aura droit à l'Assistance aux femmes en couches dont nous avons parlé plus haut. De plus, elle bénéficiera d'un secours de l'Assistance Publique, dit secours préventif d'abandon, destiné à toute femme privée d'appui masculin ; ce secours qui ne dépasse jamais 120 fr. et encore n'existe que pendant les premiers mois de la vie de l'enfant, est trop minime

pour atteindre le but que s'est proposé le législateur.

La jeune bonne qui gagne au maximum 300 fr. par mois, les dépense intégralement en mois de nourrice. Il ne lui reste donc, pour habiller son enfant et elle-même, que son secours, ce qui rend impossible pour elle le problème de la vie quotidienne ; l'on s'explique que nombre de femmes soient tentées par les ressources apparemment faciles de la prostitution. Cette regrettable conclusion est trop fréquente pour que nous la passions sous silence dans cette étude sociale. Si les œuvres de relèvement obtiennent de si minces résultats, c'est qu'elles s'attaquent aux conséquences et non pas à la cause. Cette cause n'est pas la maternité en elle-même, mais plutôt la carence d'aide matérielle et morale qui l'entoure. Le jour où la femme seule recevra des pouvoirs publics un secours correspondant à ses besoins réels, le nombre de ces prostituées misérables diminuera d'autant.

Normalement, ce n'est pas seulement l'Etat qui devrait intervenir. Dans une législation mieux comprise, la femme aurait le droit d'exiger du père de son enfant un effort matériel correspondant à ses responsabilités. Il nous faut reconnaître que la législation française encourage lâchement l'anonymat de la paternité. Notre intention n'est pas de nous laisser aller à de faciles considérations humanitaires. Médecin, nous avons pour but de mieux protéger l'enfance

illégitime et nous constatons que d'autres grands pays, (l'Angleterre en particulier) se sont mieux dirigés que nous dans cette voie.

Toute femme enceinte et abandonnée devrait au moins trouver, dans les derniers mois de sa grossesse, un réconfort et des conseils dans des Asiles Maternels. La plupart des jeunes filles du peuple travaillent depuis l'âge de treize ans et n'ont eu de ce fait aucune éducation ménagère ni familiale. Elles ont tout à apprendre ; et il serait désirable que leur séjour dans un de ces asiles fut mis à profit pour combler quelques-unes de ces lacunes. Or les rares asiles qui existent actuellement sont loin d'atteindre cet idéal. Au contraire, les femmes réduites à l'inaction subissent trop facilement les influences néfastes qui s'exercent sur elles dans ces établissements. Certains d'entre eux, tels les asiles George Sand ou Pauline Rolland, sont des asiles de nuit dont la clientèle souvent peu recommandable, est susceptible d'entraîner au mal ou au vice les femmes, parfois bien intentionnées, mais faibles ou aigries, qui y sont hébergées fortuitement. Si bien que l'infirmière sociale hésite toujours à diriger les femmes enceintes vers un de ces asiles gratuits et ne s'y résout qu'après avoir éliminé toutes les autres solutions.

Dès la consultation pré-natale, l'infirmière sociale discernera, d'après l'attitude de la femme, son inten-

tion d'abandonner ou d'élever elle-même son enfant. Si elle prévoit un abandon, elle usera aussitôt de sa persuasion, de son influence, pour faire renoncer la future mère à son projet. Ses arguments seront surtout d'ordre moral ; les secours, nous l'avons montré plus haut, sont d'une aide médiocre, déplorons-le.

Il reste bien des améliorations à apporter dans ce domaine, et nous ne pouvons manquer de constater ici, que cette lacune a été mieux comblée dans les pays où les femmes participent à l'élaboration des lois. Les problèmes féminins et maternels ne seront vraiment améliorés que du jour où l'accès aux assemblées qui réglementent l'assistance et l'entr'aide, et le droit de décision et de discussion, ne leur seront plus refusés systématiquement.

L'infirmière sociale enquêtera sur la nature et les conditions hygiéniques du travail de la femme enceinte, afin de fixer avec elle la date de sa cessation. Certaines professions sont particulièrement nocives en risquant d'intoxiquer la femme : citons Guérin de Valmale : « Les cuisinières, repasseuses sont exposées à l'intoxication par l'oxyde de carbone ». Les femmes travaillant dans une usine chimique peuvent être intoxiquées par toutes sortes de produits arsenicaux ou autres, en particulier par le sulfure de carbone très employé comme dissolvant ; les miroitières par le mercure, celles qui sont employées

dans les imprimeries par le plomb. Il est évident que, si une femme enceinte exerce une de ces professions, il y a intérêt à ce qu'elle cesse son travail précocément. Les Assurances sociales assimilent les grossesses compliquées aux maladies, ce qui donne droit à un repos plus prolongé (six mois), qu'en cas de grossesse normale.

Le mouvement des pédales est nocif, (machine à coudre) la station debout très fatigante, ce qui revient à envisager le côté social du travail chez la femme enceinte. Or le travail à domicile, qui devient plus rare, est payé d'une façon dérisoire. Il devrait être prévu des organisations qui utiliseraient les femmes enceintes, et leur confieraient un travail rémunéré, en rapport avec leur état. Si l'infirmière sociale était mieux secondée par les pouvoirs publics, son rôle serait vraiment efficace. Trop de causes devant lesquelles elle reste désarmée, sont, en France, un facteur de dépopulation. Si la dénatalité va croissant, c'est beaucoup plus par suite de causes sociales et morales, qu'en raison de causes médicales. Contre celles-ci en effet la lutte est mieux organisée et ne fera que s'intensifier.

B. Rôle médico-social.

Au cours de l'interrogatoire, en même temps que les renseignements sociaux, l'infirmière recueillera,

dans la mesure de ses connaissances, des indications d'ordre médical. Elle s'attachera aux antécédents familiaux et personnels de la consultante, particulièrement en ce qui concerne les maladies sociales : tuberculose et syphilis. Pour les autres affections pouvant influencer la grossesse, l'infirmière sociale veillera, après l'examen médical, à la bonne compréhension et à l'application des conseils et des prescriptions de l'accoucheur ou du médecin.

Tuberculose et maternité.

L'infirmière sociale s'attachera à déceler les antécédents personnels ou familiaux chez la consultante. L'aggravation de la tuberculose pendant la grossesse est un fait trop connu pour que nous insistions. D'autre part, le nouveau-né en contact avec un tuberculeux contagieux est exposé à une contamination souvent mortelle. Enfin la recherche de signes de tuberculose chez les divers membres de la famille permettra un dépistage utile. L'infirmière sociale ne négligera pas de conseiller une consultation dans un centre d'hygiène sociale, à un sujet suspect de tuberculose.

L'infirmière sociale recherchera chez la consultante les manifestations tuberculeuses dès l'enfance :

tuberculose osseuse ou ganglionnaire ayant néces-

sité un séjour dans un établissement marin ou dans un préventorium,

pleurésie,

hémoptysie,

et enfin les contacts que la femme a pu subir avec un tuberculeux contagieux.

Ces renseignements seront signalés au médecin par l'infirmière sociale car la femme n'établit pas de rapport entre ces différentes manifestations de tuberculose et la grossesse pour laquelle elle vient consulter.

S'il ne s'agit pas d'une primipare, l'infirmière sociale lui demandera, après quelques détails sur l'état de santé de ses enfants, si elle n'en a pas déjà perdu. Elle verra ainsi s'il ne faut pas rattacher ces décès d'enfants en bas âge à l'infection tuberculeuse qui existe au foyer.

L'infirmière sociale recherchera les signes de tuberculose chez les autres membres de la famille avec lesquels la femme est en contact, afin de parer au danger qu'il y aurait à introduire le nouveau-né dans un milieu contaminé.

Pour avoir des résultats pratiques dans la recherche des antécédents tuberculeux, l'infirmière sociale devra être en rapports réguliers avec les organismes qui ont été spécialement créés pour lutter contre la tuberculose, centres de triage des hôpitaux, dispen-

saires d'hygiène sociale. Nous reviendrons plus loin sur le rôle de ces derniers au sujet de l'éloignement de l'enfant du foyer contaminé.

Les antécédents tuberculeux, personnels et familiaux, signalés au médecin, lui feront porter son attention au delà de l'examen obstétrical, et il pourra ainsi prendre toutes décisions utiles. C'est à ce moment que se fera sentir la nécessité de liaison avec les dispensaires d'hygiène sociale ; la surveillance de la malade dépasse le rôle de l'infirmière de maternité. Il en est de même du placement en sanatorium si celui-ci est indiqué.

Si la séparation de la mère et de l'enfant est indispensable, l'infirmière sociale a un rôle moral de premier ordre. Tout en comprenant la rigueur d'une telle mesure, elle fera son possible pour expliquer à la mère que, de cette séparation dépend la vie de son enfant. Cette séparation suivra immédiatement l'accouchement ou sera plus tardive, selon que la mère elle-même est tuberculeuse ou que c'est un membre de la famille, (le père le plus souvent). Dans le premier cas, elle accouchera dans un service d'isolement, et l'enfant devra être séparé dès la naissance ; le B.C.G. lui sera administré selon l'indication du médecin. La tuberculose évolutive est une contre indication formelle à l'allaitement. Le nouveau-né sera donc mis en observation dans une crèche, jusqu'au moment de son placement.

Dans le second cas, la mère pourra allaiter son enfant pendant les quelques semaines qui précèdent son départ. L'infirmière sociale la dirigera dans ce but vers une maison maternelle d'allaitement, pour que l'enfant ait le bénéfice de l'allaitement maternel sans courir celui du retour au foyer.

Le placement familial des Tout-Petits est une œuvre qui reçoit dans ses centres de l'Indre-et-Loire des enfants sains, nés de parents tuberculeux. Il a été créé, sur le modèle de l'œuvre Grancher, pour les enfants de six semaines à trois ans. Le nourrisson, placé chez une nourrice reste sous la surveillance journalière d'une infirmière. Les parents ne peuvent visiter les enfants qu'à des intervalles espacés, et après avoir fourni un certificat de non-contagiosité.

L'œuvre Grancher fut la première à utiliser ce procédé. Fondée en 1903, — reconnue d'utilité publique par décret du 9 août 1905, — elle a rendu d'immenses services. Le départ d'un nourrisson pour le placement familial des Touts-Petits est facilité par ce fait que l'Office public d'hygiène social de la Seine prend à sa charge les frais de séjour de ceux dont les parents sont privés de ressources suffisantes. Tant que l'enfant courra un danger au foyer, il restera placé, de sorte que si, à trois ans, ce danger persiste encore, l'enfant sera envoyé dans un centre de l'Office

d'Hygiène à Orthez, où il sera gardé jusqu'à treize ans si nécessaire.

Il faut aussi envisager les cas où la mère n'a pas accepté la séparation, soit que seul le mari soit tuberculeux, soit qu'elle n'ait pas compris ou voulu comprendre le danger que courra le nourrisson en dépit de toutes les précautions prophylactiques qu'elle pourra prendre.

L'infirmière de la Maternité joindra ses efforts à ceux de la visiteuse d'Hygiène sociale pour obtenir une séparation partielle (pièce ou lit séparés), mais nécessaire au domicile de la famille.

Syphilis et maternité.

L'efficacité du traitement anti-syphilitique est particulièrement sensible dans les Maternités. L'association syphilis et grossesse n'est pas spécialement dangereuse pour la mère ; par contre, la mortalité et la morbidité fœtales sont considérables. On sait la fréquence des avortements, des accouchements prématurés, des rétentions de fœtus morts *in utero*, des maladies de l'œuf (de l'hydramnios en particulier), des malformations, des lésions de syphilis en évolution. En outre, la mortalité infantile est importante dans les premiers mois de la vie.

En France, il meurt par an de 80.000 à 100.000 enfants de syphilis héréditaire, 58 pour 100 des hérédos

encore vivants trois jours après leur naissance meurent avant deux ans (Docteur Cavaillon). La mortalité est cependant moindre chez ces enfants débiles parmi ceux qui sont nourris au sein maternel. Aussi plus qu'à toute autre femme sociale fera-t-elle valoir la nécessité de l'allaitement au sein, qu'elle s'emploiera de tout son pouvoir, à faire accepter.

Il n'y a que peu de temps que l'on traite les femmes syphilitiques enceintes. Fournier eut l'idée d'annexer des consultations spéciales aux Maternités, afin de faciliter le traitement. Pour faire la liaison entre la femme enceinte et le médecin, il fallait une infirmière sociale.

Dès le premier contact, c'est-à-dire dès la rédaction de la fiche, elle dirigera son interrogatoire vers certains points que le médecin précisera et fixera par la suite. Elle recherchera l'existence de fausses couches spontanées antérieures, chapitre délicat à aborder, en raison de la grande fréquence des avortements criminels dont la signification est toute différente. On admet aujourd'hui comme signe de syphilis, trois fausses couches non provoquées et se produisant de plus en plus tard au cours de l'évolution des grossesses. Mais même en l'absence d'avortements l'état de santé des enfants plus grands pourra révéler des anomalies imputables à cette maladie.

L'éducation du public s'est faite ces temps derniers,

et cela, en partie, grâce aux infirmières sociales des services de syphiligraphie des hôpitaux et dispensaires. La consultante peut être au courant des résultats des examens de sang et des traitements institués soit pour elle, soit pour son mari. Cela facilite évidemment la tâche de dépistage de l'infirmière sociale. Le plus souvent pourtant, elle devra s'aider de la recherche des antécédents collatéraux et héréditaires plus ou moins patents. Ces renseignements attireront l'attention du médecin. L'examen de sang tend à devenir systématique. Si le médecin institue un traitement l'infirmière sociale interviendra à nouveau. A l'heure actuelle, les malades atteints de syphilis et le sachant supportent avec moins d'accablement la connaissance de leur mal tant parce que l'ancienne réprobation du prochain a disparue qu'en raison de l'efficacité bien connue du traitement.

L'infirmière sociale mettra donc en valeur d'une part, les excellents résultats d'un traitement régulier, à l'aide d'exemples précis que lui fournira son travail de chaque jour, et, d'autre part, les dangers que courra l'enfant, sans traitement de la mère : ceci illustré de faits tangibles, car les grands mots vagues n'ont jamais convaincu personne. Cette conversation, très pratique et confiante aura pour but d'obtenir la régularité du traitement et de la venue de la femme à la consultation. Cette régularité, cette persévérance

sont les seules garanties de l'accouchement normal d'un enfant sain.

L'infirmière sociale dirigera aussi ses efforts vers un autre but : faire examiner l'agent contaminateur, (mari ou ami, le plus souvent). Pour cela, elle se mettra en liaison avec le dispensaire prophylactique où il pourra se rendre le plus facilement. Obtenir à l'occasion d'une grossesse, le traitement de deux nouveaux malades, est un résultat, relativement fréquent, du service social en maternité.

Après l'accouchement, l'infirmière sociale ne perdra pas de vue la famille où vit le nourrisson qu'elle a contribué à soigner. Le traitement anti-syphilitique est de longue haleine, et les premiers résultats obtenus peuvent satisfaire les parents. C'est à l'infirmière sociale d'obtenir d'eux l'effort nécessaire à une guérison complète. Et celle de la maternité abondera dans son sens au cours de ses entretiens avec la famille. Quelquefois on obtient de très bons résultats en traitant aussi au dispensaire prophylactique, les enfants plus grands, jusque là négligés, qui peuvent être atteints de syphilis héréditaire.

L'inconvénient d'une telle méthode est la dislocation qu'elle fait subir momentanément à la famille : la mère à la maternité, les autres membres au dispensaire. Il faut, pour y remédier, une liaison très

étroite entre ces organismes, liaison qui sera assurée par les infirmières sociales de ces services.

Après l'accouchement, la femme sera elle aussi traitée au dispensaire, ce qui simplifiera tout.

L'infirmière sociale de la Maternité continuera à suivre le développement du nourrisson et la vie de la famille au cours des consultations et des visites à domicile. Elle sera toujours leur conseil, leur réconfort, et son influence se fera sentir dans tous les domaines de leur vie.

Alcoolisme et maternité.

Autrefois, l'alcoolisme était exceptionnel chez la femme ; les conditions de vie qui rapprochent son travail de celui de l'homme, l'exposent aux mêmes tentations. Trop fréquemment, des signes très nets trahissent chez la femme, un éthylisme qu'elle s'efforce de cacher. L'infirmière sociale expérimentée verra par l'attitude, les réactions, le tremblement, les habitudes d'intempérance de la future mère.

Les enfants d'alcooliques ne sont pas directement menacés par ce poison mais ils naissent débiles et tarés. S'il n'est pas trop tard pour agir, l'infirmière sociale usera de son pouvoir de persuasion pour limiter les méfaits de cette intoxication.

II. Rôle de l'infirmière sociale au moment de l'accouchement

Il est très restreint. Elle verra si les demandes de secours ont été faites ou si la femme a fait les démarches nécessaires pour bénéficier des Assurances Sociales (certaines en effet ne sont pas venues aux consultations prénatales, mais sont la minorité). Quand il y a dans la famille des enfants dont on ne peut s'occuper pendant l'hospitalisation de la femme, et le cas est assez fréquent, l'infirmière sociale envisagera leur placement temporaire. Le plus simple est le dépôt des Enfants Assistés : il suffit que la femme enceinte prenne avec elle ses enfants quand elle entre à la Maternité ; le placement se fait automatiquement ; pour celles qui désirent un placement privé, il existe d'autres œuvres qui recevront les enfants dans les mêmes conditions. De cette façon, la femme sera déchargée d'une part de son souci.

Une autre question à envisager est celle de la layette ; ordinairement, la femme y travaille, surtout si elle séjourne assez longtemps en dortoir à la fin de sa grossesse. Il serait à souhaiter que l'infirmière sociale prît l'initiative de fournir de la laine et des modèles destinés à occuper utilement la future mère. A la Clinique Tarnier, les membres de l'Appui Maternel

consacrent une après-midi par semaine à examiner les cas et à distribuer des pièces de layette.

L'accouchement est noté sur les fiches sociales, avec ses particularités ; on y notera également le prénom et le poids de l'enfant. Par la suite, l'infirmière y inscrira le travail social effectué pour ce nouveau-né. Cette fiche permettra en outre au cours d'une grossesse ultérieure, de retrouver rapidement tous les renseignements concernant la femme et sa précédente gestation.

III. Rôle de l'infirmière sociale après l'accouchement

A la sortie de la Maternité, il faut envisager trois cas :
enfant abandonné,
enfant placé,
enfant gardé.

I. Enfant abandonné.

Le cas est un peu plus rare, grâce au rôle actif des infirmières sociales. Il se présente parfois, encore trop souvent. La mère est tentée par la perspective d'un abandon qui la délivrera de tout souci matériel et moral. La mortalité infantile parmi les pupilles de l'Assistance Publique a diminué dans des proportions notables. Tout n'a pas encore été fait dans ce domaine, mais une étude approfondie de ce sujet dépasserait le cadre de ce travail.

Le rôle de l'infirmière sociale est purement moral ; les arguments de ce genre ne sont pas suffisants pour empêcher un abandon, car elle ne peut proposer à la mère que des secours dérisoires.

Dans des cas très rares on peut essayer de faire adopter un de ces enfants. L'Appui Maternel a obtenu plusieurs adoptions de nourrissons dans des familles désolées de n'en pas avoir. Il faut naturellement être très sûr de l'hérédité de l'enfant et de la valeur de la famille, pour ne pas faire de nouveaux malheureux. On ne doit pas, loin de là, faire de l'adoption une règle générale.

Quelquefois, la mère est encouragée dans son projet d'abandon par l'espoir chimérique de faire adopter l'enfant par une famille riche. L'infirmière sociale éclairera la femme sur ce point, et se fera un devoir de l'attacher à son enfant, avant, mais surtout après l'accouchement.

II. *Enfant placé.*

Une mère qui s'est occupée de son enfant un certain temps, (surtout si elle le nourrit) ne l'abandonne plus si aisément. L'infirmière sociale usera de son pouvoir pour obtenir un début d'allaitement à moins qu'il n'y ait impossibilité ou contre indication médicale, ce qui est rare. Dans ce cas, pour que la femme s'attache quand même au nouveau-né, elle la dirigera vers une

maison de convalescence, où elle pourra apprendre à soigner son enfant.

La reprise du travail après un accouchement se fait en général trop tôt. La maison de convalescence présente encore cet avantage de permettre à la mère de se reposer avant de le reprendre. Si elle le peut, la femme aura commencer d'allaiter. Il existe, à Saint-Maurice, une maison maternelle d'allaitement, bien organisée, et qui rend de très grands services. C'est une formule qu'il faudrait développer tant pour celles qui allaitent que pour les autres. A la maison maternelle d'allaitement les femmes sont déchargées de tout souci matériel, (elles sont nourries, habillées, logées), et ne doivent fournir qu'un travail minime d'entretien ; celles qui le veulent sont les bienvenues à l'ouvrier. Toutes ont la possibilité de faire leur apprentissage de mère. Les placements d'enfants offrent beaucoup moins de danger lorsqu'ils ont été précédés de cette période d'adaptation maternelle et infantile.

La loi ne favorise pas assez l'allaitement maternel. Les primes d'allaitement sont minimales, sauf celles des Assurances Sociales. De toutes façons, la mère ne les touchera qu'à la sortie de la maison maternelle. ce qui peut être de justice stricte, mais ne montre pas beaucoup de largeur compréhensive des idées.

L'infirmière sociale a un rôle délicat dans les pla-

acements de nourrisson. Ces placements sont de trois sortes :

- A. chez une nourrice,
- B. dans une pouponnière,
- C. dans un centre d'élevage.

A. *Nourrices*. — Elle ne conseillera que des nourrices dont elle sera sûre, et dans un rayon assez restreint. Ainsi, elle pourra les suivre par des visites de contrôle, qu'elle effectuera elle-même, ou qui seront faites par la visiteuse de l'Enfance de la région à laquelle elle les aura signalées. Si l'enfant est placé à proximité, cela permettra en outre à la mère d'aller le voir assez souvent, et de ne pas rompre le lien qui l'y attache désormais.

Le placement en nourrice est onéreux et n'offre pas toutes les garanties nécessaires, (mauvaise application de la loi Roussel 1874, pour la protection des enfants du premier âge).

B. *Pouponnières*. — Les pouponnières si elles ajoutent un facteur risque au point de vue contamination possible, présentent par contre une surveillance très active. Il existe plusieurs établissements créés aux environs de Paris, par des œuvres privées :

- l'Entr'aide des Femmes Françaises,
- la Nouvelle Etoile,
- l'Œuvre des Crèches Parisiennes.

Ces pouponnières, installées de façon moderne, sont encore d'un prix élevé. "

C. *Centre d'élevage*. — L'infirmière sociale, que le mieux à faire doit toujours tenter, s'efforcera, chaque fois que ce sera possible, de diriger les nourrissons sur un centre de placement familial surveillé. En dehors de l'Assistance Publique, qui se rallie maintenant à cette formule, aucune organisation officielle n'a été prévue. Et la création de centres d'élevage reste à l'initiative privée, ce qui en limite l'extension et les bienfaits. En effet, si les œuvres privées ont plus d'indépendance, elles n'ont ni l'ampleur, ni les ressources d'une œuvre publique. En outre, elle présente souvent un caractère confessionnel, qui apporte une difficulté de plus. L'Etat, loin de prévoir la création des établissements d'assistance maternelle et infantile dont nous venons de parler, diminue actuellement les subventions des œuvres privées qui s'efforcent d'y suppléer.

A dépenses égales, le centre d'élevage donne de meilleurs résultats que la pouponnière, au double point de vue matériel et psychologique. En effet, une nourrice surveillée s'occupera d'un seul enfant tandis que dans la pouponnière, même la mieux organisée, il n'y a pas une femme de service pour chacun. Leur développement intellectuel n'est pas à négliger

et il est très restreint chez ceux qui sont élevés en pouponnière. A l'heure actuelle, l'infirmière sociale utilisera les centres privés déjà existants : ceux des caisses de compensation ou d'autres œuvres, (Ami des Enfants par exemple).

Un trousseau est nécessaire, petit sacrifice demandé à la mère, à laquelle il faudra se substituer dans bien des cas.

Le placement effectué n'est pas le dernier acte du rôle de l'infirmière sociale : elle continuera à voir la femme, à l'aider dans ses difficultés ; son intervention auprès de l'Assistance Publique obtiendra le parfait maximum prévu par le « Secours préventif d'abandon ».

Si le placement est éloigné et nécessite un voyage coûteux, pour réunir la mère et l'enfant, elle lui fera obtenir un billet à demi-tarif.

Le trousseau sera entretenu et complété.

D. *Enfant gardé.* — Si la jeune femme peut travailler dans la journée, et reprendre son enfant le soir, elle pourra le confier à une crèche de son quartier ; ces crèches ont l'inconvénient que présente toujours une collectivité d'enfants, elles sont souvent aussi dépourvues de toute surveillance médicale.

Dans le cas le plus courant d'un enfant élevé dans la famille, le rôle de l'infirmière sociale est surtout de surveillance.

A la sortie de la Maternité, la femme, en plus de pièces de layette, pourra obtenir un prêt de corbeille circulante pour coucher l'enfant. On a ainsi la certitude qu'il dort seul. L'Appui Maternel, fournit une voiture d'enfant, ce qui aide beaucoup la mère dans ses déplacements ; elle peut ainsi aérer son enfant chaque jour et suivre plus facilement les consultations de nourrissons. Inutile d'insister sur l'avantage dont bénéficiera l'enfant suivi toujours par le même médecin. Dès sa sortie de la Maternité, la femme choisira le jour qui lui convient le mieux ; l'infirmière sociale lui fera comprendre la nécessité de n'en pas changer, et de venir très régulièrement. L'infirmière assiste à ces consultations, pointe les dates sur la fiche sociale et vérifie ainsi l'assuidité ; elle s'occupe de faire signer au médecin les certificats nécessaires pour que la femme qui nourrit touche sa prime d'allaitement. Elle explique à la femme les ordonnances du médecin, et répète ses conseils. S'il y a des prescriptions spéciales (soins à donner à l'enfant), et que son explication doive se compléter d'une démonstration pratique, l'infirmière sociale se rend au domicile de la famille, et initiera la mère à son nouveau rôle.

L'infirmière se fera visiteuse dans un autre cas : lorsque l'enfant n'a pas été amené à plusieurs consultations consécutives. Elle connaîtra ainsi la raison de cette absence : le plus souvent une maladie de la mère et du nourrisson. Un médecin sera sans doute déjà venu ; et l'infirmière peut rendre de grands services dans la maison plus ou moins désorganisée. Soins, travail pratique, lui donneront la confiance de la famille, confiance qu'il est tellement nécessaire d'obtenir pour faire de bonne besogne sociale. Elle profitera de ses visites à domicile pour se rendre mieux compte des conditions et habitudes de vie de la famille, hygiène et entretien du logement, santé et hygiène de l'enfant, (alimentation, soins de propreté, couchage, sorties). Elle tâchera d'améliorer les points qui laissent à désirer et jugera par la suite de la réceptivité aux conseils et de leur bonne observation.

L' « Appui Maternel », soucieux d'encourager la régularité des présences aux consultations, procède deux fois par an, à Noël et à Pâques, à des distributions de vêtements et de layette.

Les quelques chiffres qui suivent, relevés des statistiques de l'Appui Maternel, donnent une idée des efforts considérables qui ont été faits par cette œuvre depuis sa fondation.

Années	Dépenses
1923	8.124 francs
1924	
1925	
1926	82.144, 70 —
1927	
1928	120.583, 15 —
1929	134.119, 80 —
1930	159.278, 58 —
1931	165.350, 55 —
1932	65.862, 40 —
1933	82.620, 85 —

Présences aux consultations

Années	Nombre d'enfants	Nombre de consultations.
1923		
1924		
1925	587	
1926	1269	6127
1927	1486	7563
1928	1651	8141
1929	1553	7255
1930	1606	6836
1931	1698	8139
1932	1567	6913
1933	1229	6088

Allaitement (enfants de 0 à 6 mois)

Années	Allaitement au sein	Allaitement mixte	Allaitement artificiel
1923			
1924			
1925			
1926	71 %	10 %	19 %
1927			
1928	67 %	18 %	15 %
1929	81 %	8 %	11 %
1930	66 %	14 %	20 %
1931	67 %	18 %	15 %
1932	80 %	27 %	13 %
1933	65 %	17 %	18 %

Visites à domicile

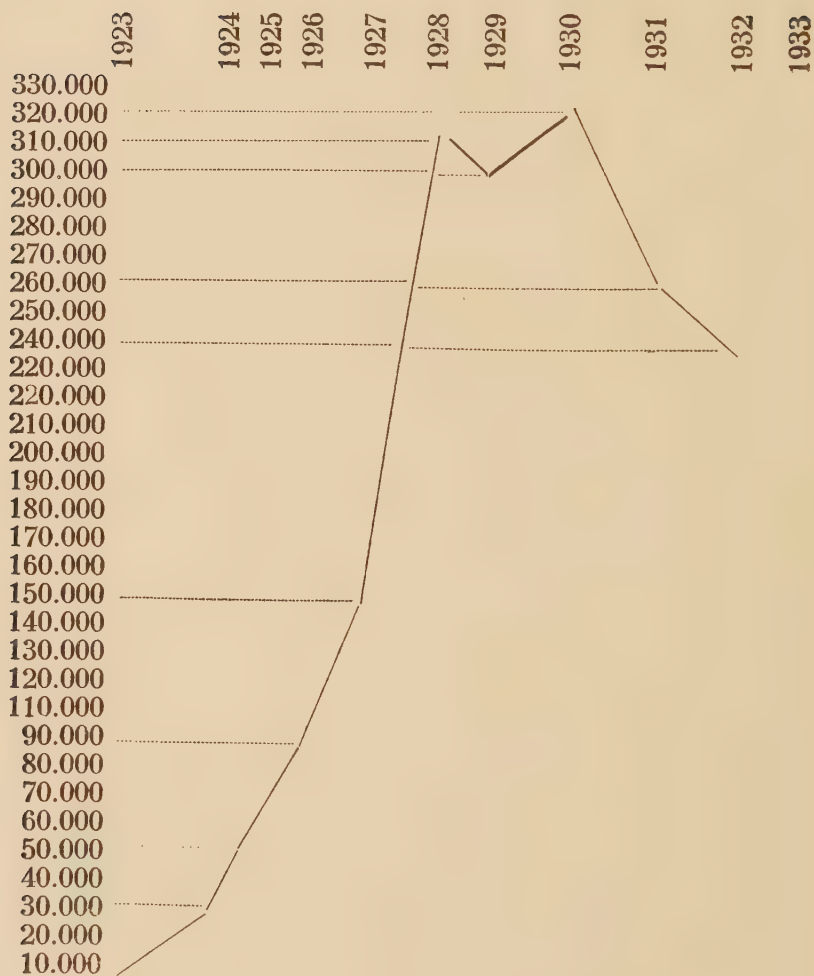
Années	Total	Visites pour les consult. de nour- rissons	Visites pour les consult. pré-na- tales et autres
1923			
1924			
1925			
1926	1172		
1927			
1928	1424	589	835
1929	1450	629	821
1930	1863	794	1.069
1931	1839	790	1.049
1932	1886	957	929
1933	1995	1.225	770

Objets de layette et vêtements distribués

1923	
1924	
1925	
1926	9.915
1927	
1928	13.043
1929	12.730
1930	12.778
1931	10.607
1932	5.992
1933	7.834

Il serait enfin souhaitable, surtout en ce temps de misère et de chômage, de ne pas voir baisser les subventions d'une œuvre aussi importante que l'est l'Appui Maternel dans les proportions où le tableau suivant nous le montre trop éloquemment. :

Courbes des recettes de 1923 à 1932



CONCLUSIONS

Nous avons essayé, dans cette étude, de montrer les divers aspects de l'activité de l'infirmière sociale dans un service de Maternité :

1°. Son rôle social est important. Par elle, la femme sera renseignée sur les secours auxquels elle a droit. Par ses conseils et son influence, seront évités certains abandons d'enfant. Ses démarches aboutiront au placement de ceux que la mère ne peut garder près d'elle. Ses visites à domicile suivront les nourrissons élevés dans leur famille.

2°. Son rôle moral surtout est considérable. Son rôle matériel est limité par l'insuffisance des ressources mises à sa disposition :

- insuffisance des secours,
- insuffisance et dangers des asiles maternels,
- insuffisance des maisons de convalescence,
- insuffisance de la protection de l'allaitement,
- insuffisance et mauvaise organisation des logements pour familles nombreuses.

3° Pour suppléer à cette insuffisance, l'infirmière doit très bien connaître tous les organismes privés et

et ce qu'elle peut en obtenir. L'Appui Maternel auprès de la Clinique Tarnier s'emploie de tous ses efforts à protéger les mères et les enfants. Cette organisation privée rend les plus grands services.

4° Le rôle éducateur de l'infirmière sociale pourrait être plus fécond. Trop de femmes arrivent au terme de leur grossesse sans aucune notion de puériculture.

L'ignorance est trop fréquemment, en notre pays, une cause de mortalité infantile. L'infirmière sociale donnera aux femmes des conseils et des démonstrations pratiques. Elle pourra aussi obtenir une meilleure hygiène au foyer.

5° Elle intervient aussi dans la question du travail de la femme enceinte. Travail changé, cessé précocément : autant de difficultés dans notre époque de chômage. Le travail à domicile n'est qu'une piètre solution.

Au point de vue médico-social, elle prend une part active dans la lutte contre les maladies dites sociales. Contre la tuberculose, elle tâche d'obtenir la séparation de l'enfant et son placement hors du foyer contaminé, pendant le temps nécessaire. Contre la syphilis, elle veille à la régularité et à la continuité du traitement de la femme. Elle essaie d'atteindre l'agent contaminateur et de le faire traiter aussi.

7° L'infirmière sociale a un rôle important de dépistage. Chaque fois qu'elle le peut, elle dirige les

sujets suspects vers les organismes spécialisés, créés pour lutter contre les maladies à conséquences sociales,

8° Son rôle de liaison n'est pas moins important. L'unité d'action et d'influence dans les familles ne peut s'obtenir que grâce à une entente bien comprise et à un contact constant entre les infirmières sociales de ces différents organismes. L'importance des services à Paris ne permet pas les dispensaires pluri-valents. C'est à elles d'y suppléer et de combiner leurs efforts dans un but commun.

9° La législation concernant la protection maternelle et infantile doit être modifiée. Ce sera un des éléments de la lutte contre la dénatalité française.

Vu : le Doyen,
ROUSSY

Vu : le Président de thèse
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

